

Effectiveness of Compassion Focused Therapy on the Positive/Negative Affect and Hope in Multiple Sclerosis Patients

Aghaee Khajelangi, *H., Neshat Doost, H.T., Najafi, M.R., Mazi, M.

Abstract

Introduction: As other chronic diseases the Multiple Sclerosis creates a number of harmful psychological effects on patients. The purpose of this research was to investigate the effectiveness of the compassion-focused therapy on positive and negative affect and hope in multiple sclerosis (relapsing remitting) patients.

Method: In a randomized controlled trial design a sample with 24 subjects were selected by available sampling method from a neurology clinic in Isfahan city in the winter 2016, and were randomly placed to experimental and control groups (n= 12). All subjects completed the positive and negative questionnaire and hope questionnaire in a pretest stage. Then experimental group received compassion focused therapy in eight 90 minutes sessions, whereas no intervention received by control group. Both groups were evaluated in the post-test and follow-up stages. The final dataset was analyzed by a repeated measure ANOVA analysis.

Results: Data were shown significantly time effect (pre-test, posttest and the follow-up), as well as, time* group interaction effect for positive/negative affect and hope scores. A significant between subjects effects was also found for these variables. Hence the difference among the average scores was significant between two groups regardless of time passage.

Conclusion: The compassion focused therapy could be utilized to reduce negative affect and increase positive affect and hope in people who are suffered from multiple sclerosis and this treatment method is reasonable for patients of MS.

Keywords: compassion focused therapy; positive and negative affect; hope, multiple sclerosis.

اثربخشی درمان شفقت محور بر عاطفه مثبت و منفی

و امید بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه

حسن آقائی خواجهنگی^۱، حمیدطاهر نشاطدوست^۲، محمدرضا نجفی^۳، مانده مازی^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۷/۱۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۹/۱۵

چکیده

مقدمه: اسکروز چندگانه مانند هر بیماری مزمن دیگر اثرات روانشناختی متعددی دارد. پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان شفقت محور بر عاطفه مثبت و منفی و امید بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه از نوع عود کننده - فروکش کننده انجام شد.

روش: با بهره‌گیری از یک طرح کاربندی کنترل‌شده تصادفی نمونه‌ای ۲۴ نفره از میان مراجع‌کنندگان یکی از کلینیک‌های مغز و اعصاب شهر اصفهان در زمستان ۱۳۹۵ به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل (n= ۱۲) گمارده شدند. کلیه آزمودنی‌ها در مرحله پیش‌آزمون پرسشنامه عاطفه مثبت و منفی و امید را تکمیل کردند. سپس گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش درمان شفقت محور قرار گرفت، درحالی‌که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. در پایان درمان و دوره پی‌گیری هر دو گروه مجدداً ارزیابی شدند. داده‌های پژوهش از طریق آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها نشان داد که اثر زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و اثر تعامل بین زمان و گروه بر نمرات عاطفه مثبت و منفی و امید معنی‌دار می‌باشد. همچنین تأثیرات بین گروهی نیز بر همین متغیرها معنی‌دار بود. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که صرف‌نظر از گذر زمان بین میانگین نمرات گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

نتیجه‌گیری: از مداخله درمانی شفقت محور جهت کاهش عاطفه منفی و افزایش عاطفه مثبت و امید در بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه می‌توان استفاده نمود و این روش درمانی برای جمعیت مبتلا به اسکروز چندگانه توجیه‌پذیر است.

واژه‌های کلیدی: درمان شفقت محور، عاطفه مثبت و منفی، امید، اسکروز چندگانه.

h.ghaee69@gmail.com

۱. نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، واحد علوم تحقیقات تهران

(اصفهان)، اصفهان، ایران

۲. استاد، گروه روانشناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۳. استاد، گروه نورولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۴. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، واحد علوم تحقیقات تهران (اصفهان)، اصفهان، ایران

مقدمه

می‌دهد و حالات خلقی ناخوشایندی مانند خشم، نفرت، بی‌زاری، گناه، ترس و عصبیت را شامل می‌شود (۱۴). یکی دیگر از عوامل روانشناختی که به‌طور مستقیم با سلامت روان بیماران اسکروز چندگانه در ارتباط می‌باشد امید^۵ است (۱۵-۱۸). امید یک شاخص آماری است که متوسط طول عمر را نشان می‌دهد. هر چه شاخص‌های بهداشتی و درمانی بهبود یابد امید به زندگی افزایش خواهد یافت (۱۹).

اشنايدر بنیان‌گذار نظریه امید و درمان‌های مبتنی بر آن امید را به‌عنوان سازه‌ای شامل دو مفهوم این‌گونه تعریف می‌کند: "توانایی طراحی مسیرها یا گذرگاه‌هایی به‌سوی اهداف مطلوب به‌رغم موانع موجود و عوامل انگیزشی برای استفاده از این گذرگاه‌ها". آشنايدر بیان می‌کند که کاربرد امید به خاطر تأثیرات شگرف در پدید آیی و درمان عمده بیماری‌های جسمانی و روانی در مراکز درمانی مرتبط با سلامت می‌تواند یک مرکز بیمار نگر را به مرکزی سلامت‌نگر تبدیل نماید (۱۵)؛ بنابراین از آنجایی که این بیماران هم بایستی با استرس‌های زندگی روزمره و هم با استرس‌های ناشی از علائم بیماری که نوسان‌دار و غیرقابل پیش‌بینی هستند مقابله کنند. پیشرفت بیماری ممکن است با کار، زندگی خانوادگی، ارتباطات و فعالیت‌های اجتماعی تداخل کند بنابراین مطالعات مداخله‌ای جدید بایستی عوامل روانشناختی مرتبط با سلامت این بیماران را مورد توجه قرار دهند و تنها به آسیب‌های جسمی و ناتوانی جسمی بسنده نکنند (۲۰).

اثربخشی مداخلات روانشناختی متعددی بر روی بیماران اسکروز چندگانه مورد بررسی قرار گرفته است به‌طور مثال؛ مداخلات مثبت‌گرا^۶ (۲۱)، توان‌بخشی روانی به شیوه دوهسا - هو^۷ (۲۲)، درمان گروهی پذیرش و تعهد^۸ (۲۰)، آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس^۸ (۲۳). یکی از درمان‌هایی که اخیراً در ادبیات روانشناسی مورد توجه قرار گرفته است؛ درمان شفقت محور^۹ می‌باشد که توسط گیلبرت مطرح شده است (۲۴). سیر تاریخی شکل‌گیری این مدل درمانی در عدم بهبود هیجان‌های منفی در درمان‌های شناختی-رفتاری

بیماری اسکروز چندگانه (ام.اس)^۱ یک بیماری خود ایمن با ضایعات ملتهب و از بین رفتن غلاف میلین در سیستم عصبی مرکزی^۲ می‌باشد (۱). وقفه در میلین‌دار شدن سیستم عصبی مرکزی که گاهی ممکن است سیستم عصبی محیطی نیز در امان نماند منجر به بروز علائم اولیه مانند ضعف یا کاهش مهارت و چابکی در یک یا چند اندام، اختلال حسی، از دست دادن بینایی یک چشم، دو چشم، بی‌ثباتی در راه رفتن و عدم تعادل می‌گردد (۲). ویتامین دی، عرض جغرافیایی و مهاجرت سه عامل مهمی است که تقریباً تمام پژوهشگران روی آن تأکید دارند (۳). این بیماری در سنین ۲۰ تا ۴۰ سالگی که فرد بیشترین مسئولیت‌های خانوادگی و اجتماعی را بر عهده می‌گیرد شیوع بیشتری دارد. شیوع آن در جهان در سال ۲۰۱۶، ۲/۲ میلیون نفر تخمین زده شده است (۴).

در ایران نیز میزان شیوع این بیماری حدود ۱۵ تا ۳۰ در هر ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت می‌باشد و بیشترین شیوع در اصفهان با میزان ۴۳/۸ در هر ۱۰۰/۰۰۰ نفر گزارش گردیده است (۵). علائم بیماری اسکروز چندگانه متغیر بوده و به محل آسیب بستگی دارد و با توجه به اینکه یک بیماری مزمن با علائم جسمانی متعدد و ناتوان‌کننده است بیشتر مبتلایان به این بیماری دارای ویژگی‌های روانی خاص می‌باشند و اختلالات روان‌پزشکی و روانشناختی گوناگونی نیز با آن همراه می‌باشد که بر جنبه‌های عاطفی و شخصیتی افراد مبتلا تأثیرگذار است (۶). عواطف مثبت و منفی در سازگاری و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه تأثیر بسزایی دارد (۷-۱۱). عاطفه مثبت^۳ را می‌توان حالتی لذت‌بخش با محیطی که احساسات را برانگیخته می‌کند، از قبیل شادکامی، لذت، برانگیختگی، شوق و اشتیاق و خرسندی دانست (۱۲). مطالعات گوناگون نشان داده‌اند که عاطفه مثبت برای سلامتی مفید است و با زندگی طولانی‌تر، سلامتی دستگاه قلبی عروقی و با نتایج بهتر در بیماری‌های مزمن مانند سرطان و ایدز همراه می‌باشد (۱۳). عاطفه منفی^۴ میزان احساس ناراحتی درونی و اشتغال ناخوشایند را نشان

5. hope

6. positive psychology interventions

7. acceptance and commitment group therapy

8. stress inoculation training

9. compassion focused therapy

1. multiple sclerosis (MS)

2. central nervous system

3. positive affect

4. negative affect

و معنادار با خودکارآمدی درد و عواطف مثبت در زنان دچار درد اسکلتی عضلانی به دست آمده است (۳۷). علی قنوتی و همکاران در تحقیقی دریافته‌اند که درمان مبتنی بر شفقت توانسته است میزان نشخوار ذهنی و نگرانی زنان مبتلابه سینه را کاهش دهد (۳۸). تحقیقات متعدد رابطه شفقت به خود با کاهش نشانگان روانشناختی دردها، بیماری‌های مزمن و سرطان را نشان داده‌اند (۳۹-۴۲).

بنابراین با توجه به وجود مطالعات اندکی که اثربخشی درمان شفقت محور را بر روی بیماران اسکروز چندگانه مورد بررسی قرار داده باشد و اینکه پیامدهای روانشناختی این بیماری می‌تواند کیفیت زندگی بیماران را تحت تأثیر بگذارد و هزینه‌های هنگفتی را به فرد، خانواده و جامعه تحمیل نماید و نظر به اینکه این بیماری درمان قطعی ندارد توجه به عوامل روانشناختی در پیدایش و تداوم بیماری می‌تواند نقش بسزایی در سازگاری بیمار و بالا بردن کیفیت زندگی وی داشته باشد؛ بنابراین پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این پرسش است که آیا درمان شفقت محور بر عاطفه مثبت و منفی و امید بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه تأثیر دارد؟

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر یک طرح کاربندی کنترل شده تصادفی، از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون، همراه پیگیری می‌باشد.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری این پژوهش بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه شهر اصفهان در زمستان (بهمن و اسفند) ۱۳۹۵ می‌باشد که بیماری آنها توسط متخصصان مغز و اعصاب و به‌وسیله آزمایش‌های کلینیکی و پاراکلینیکی تأیید شده است. به‌منظور انتخاب نمونه و اجرای پژوهش به شیوه در دسترس ۲۴ بیمار مبتلابه اسکروز چندگانه مراجعه‌کننده به یکی از کلینیک‌های مغز و اعصاب انتخاب و به شیوه تصادفی ساده در دو گروه ۱۲ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. معیارهای ورود این مطالعه شامل: ۱. داشتن رضایت کامل برای حضور در جلسات آموزش ۲. مدت ابتلا به بیماری اسکروز چندگانه حداقل به مدت شش ماه، ۳. سطح سواد بالاتر از سیکل، ۴. میزان ناتوانی بیماران در مقیاس وضعیت ناتوانی گسترده^۱ در محدوده (صفر تا شش) ۵. گروه سنی ۲۰-۴۵ سال؛ و معیارهای خروج نیز شامل: ۱. عدم

برمی‌گردد. شفقت ریشه در آئین بودائیسیم دارد و روشی است که به افراد کمک می‌کند که خودشان را به سمت آگاهی و پیشرفت و نهایتاً بهزیستی روانشناختی سوق دهند. شفقت به افراد اجازه می‌دهد که با دیگران انطباق بیابند و توانمندی مقابله با مشکلات هیجانی با درجات درک متفاوت و خود مراقبتی و حمایت از خویشتن را کسب کنند (۲۵). اصول و پایه درمان شفقت محور به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد در مواجهه با این درونیات آرام شود (۲۶). این درمان در کنار سایر رویکردهای درمانی جدید در حوزه روانشناسی موج سوم رفتاردرمانی باهدف کاهش درد، رنج، نگرانی و افسردگی ایجاد شده است (۲۷). دو هدف اساسی در درمان شفقت محور شامل: ۱. کاهش خصومت خود جهت داده ۲. توسعه توانایی‌های فرد جهت ایجاد خود اطمینانی، مهربانی و خود تسکینی است که می‌تواند به‌عنوان پادزهری در برابر احساس تهدید شدگی عمل کنند. بخش اعظم فعالیت‌های این درمان بر روی ایجاد قابلیت شفقت‌ورزی متمرکز می‌باشند (۲۸). در سال‌های اخیر مطالعات مربوط به بررسی مزایای شفقت افزایش زیادی داشته است. در تحقیقی درمان شفقت محور باعث افزایش سلامت‌روان و تاب‌آوری بیماران اسکروز چندگانه گردیده است (۲۹، ۳۰). همچنین این درمان در افزایش بهزیستی روانشناختی زنان نابارور، مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک و دانشجویان دارای اختلال خواب مؤثر بوده است (۳۱-۳۳) نری هورویت و همکاران به این نتیجه رسیدند که شفقت به خود می‌تواند به بیماران اسکروز چندگانه کمک کند که با شرایط تضعیف‌کننده بهتر مقابله کنند و در مورد سلامتی‌شان ادراک جدیدی به دست بیاورند (۳۴). در مطالعه‌ای دیگر هریسون، دریافت که آموزش شفقت در کاهش رنج بیماران مزمن از قبیل اسکروز چندگانه می‌تواند مؤثر باشد (۳۵). براهلر و همکاران، در پژوهشی که فرایند تغییر در درمان متمرکز بر شفقت در بیماران روانی را بررسی کردند، به این نتیجه رسیدند که این روش درمانی در ارتقاء بهبود هیجانی بیماران مؤثر است (۳۶). در بررسی دیگر رابطه منفی و معنادار بین شفقت خود با شدت درد، فاجعه‌آفرینی درد، عواطف منفی و رابطه مثبت

است و اعتبار آزمون - بازآزمون ۰/۸۰ و دوره‌های بیشتر از ۸ تا ۱۰ هفته از میزان نیز بالاتر است. همسانی درونی خرده مقیاس عاملی ۰/۷۱ تا ۰/۷۶ و خرده مقیاس راهبردی ۰/۶۳ تا ۰/۸۰ است (۱۵). اعتبار پرسشنامه امید در این پژوهش با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمده است.

۳. برنامه آموزشی رویکرد شفقت محور: این برنامه توسط گیلبرت (۲۵)، تنظیم شده است. این برنامه در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت ۱ جلسه در هفته اجرا می‌شود. خلاصه محتوای جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

روند اجرای پژوهش: به منظور انجام این پژوهش ابتدا پیشینه موضوع اعم از مقاله‌ها و کتاب‌های موجود بررسی و مطالعه گردید. بعد از جمع‌آوری و ترجمه متون، ابزارهای مورد نیاز پژوهش آماده شد. سپس از جامعه هدف (بیماران اسکروز چندگانه) با حفظ مسائل اخلاقی و حفظ رازداری نمونه‌گیری انجام شد و اعضا به لحاظ ملاک‌های ورود به مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند. سپس شرکت‌کنندگان به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند و از هر دو گروه آزمایش و کنترل پیش‌آزمون به عمل آمد. سپس گروه آزمایش برنامه آموزشی رویکرد شفقت محور؛ گیلبرت (۲۵) را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت ۱ جلسه در هفته (در یکی از مراکز مشاوره شهر اصفهان)، توسط کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، پس از طی آموزش‌ها و کارگاه‌های مربوطه، دریافت کرد و بر روی گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای انجام نشد و در پایان از هر دو گروه پس‌آزمون اجرا گردید و پس از پایان درمان به فاصله زمانی یک‌ماهه آزمون پیگیری انجام گرفت.

یافته‌ها

در این قسمت به تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش پرداخته شده است. داده‌های به دست آمده در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفت. در بخش توصیفی از شاخص‌هایی چون میانگین، انحراف استاندارد، فراوانی و در بخش استنباطی از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت آزمون فرضیه‌های تحقیق و مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل استفاده شد. محاسبات آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS 22 صورت پذیرفت.

تمایل بیمار به ادامه جلسات درمان ۲. بروز علائم حرکتی و عصبی شدید ۳. بروز برخی رفتارهای مخرب نظیر توهین، تمسخر و پرخاشگری کلامی به سایر اعضا که می‌تواند فرآیند جلسات را مختل کند ۴. داشتن افکاری نظیر خودکشی که نیازمند ارجاع به روان‌پزشک برای مداخلات دارویی می‌باشد ۵. غیبت بیش از دو جلسه در فرآیند جلسات آموزش.

ابزار

۱. پرسشنامه عاطفه مثبت و منفی^۱: این مقیاس توسط واتسون، کلارک و تلگن ساخته شده است. این مقیاس ۲۰ گویه دارد که بعد عاطفه مثبت و منفی را اندازه‌گیری می‌کند و روی یک مقیاس پنج نقطه‌ای (۱- به هیچ‌وجه تا ۵- بسیار زیاد) رتبه‌بندی می‌شوند (۴۳). غفاری و همکاران، پایایی این مقیاس با استفاده روش آلفای کرونباخ محاسبه و مقدار ۰/۷۵ به دست آمد و همچنین ضریب اعتبار سازه مقیاس عاطفه منفی معادل ضریب همبستگی ۰/۸۰ و در سطح $P \leq 0/0001$ به دست آمد (۴۴). اعتبار این آزمون از طریق همبستگی خرده مقیاس‌های عاطفه منفی سیاهه افسردگی بک ۰/۵۸ و همبستگی خرده مقیاس عاطفه منفی با خرده مقیاس اضطراب آشکار و پنهان کتل ۰/۵۱ گزارش شده است (۴۳). آلفای کرونباخ در این تحقیق ۰/۷۱ محاسبه گردید.

۲. پرسشنامه امید^۲: توسط اشنایدر و همکاران برای سنجش امید به وجود آمده است. دارای ۱۲ گویه و به صورت خود سنجی اجرا می‌شود و برای تکمیل آن ۳ تا ۵ دقیقه وقت لازم است و طیف گزینه را از کاملاً درست تا کاملاً غلط شامل می‌شود، یعنی به گزینه کاملاً درست ۴، تا حدودی درست ۳، تا حدودی غلط ۲، و به گزینه کاملاً غلط نمره صفر تعلق می‌گیرد؛ دامنه تغییرات این پرسشنامه بین ۸ تا ۳۲ می‌باشد. از این گویه‌ها، ۴ گویه برای سنجش تفکر عاملی، ۴ گویه برای سنجش تفکر راهبردی و ۴ عبارت انحرافی؛ بنابراین این پرسشنامه دو خرده مقیاس را در برمی‌گیرد: عامل و راهبرد (۴۵). پژوهش‌های زیادی از پایایی و اعتبار این پرسشنامه به عنوان مقیاس اندازه‌گیری امید حمایت می‌کنند. همسانی درونی کل آزمون ۰/۷۴ تا ۰/۸۴

1. Positive and Negative Affect Inventory

2. Hope Inventory

جدول (۱) شرح جلسه بسته درمانی شفقت محور

جلسات	محتوا
جلسه اول	اجرای پیش‌آزمون - آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفت‌وگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی، آشنایی با اصول کلی درمان شفقت محور و تمایز شفقت با تأسف برای خود.
جلسه دوم	توضیح و تشریح شفقت: اینکه شفقت چیست و چگونه می‌توان از طریق آن بر مشکلات فائق آمد. آموزش ذهن‌آگاهی همراه با تمرین واریسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت.
جلسه سوم	آشنایی با خصوصیات افراد شفقت ورز، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خود تخریب‌گرانه. آموزش افزایش گرمی و انرژی، ذهن‌آگاهی، پذیرش، خرد و قدرت، گرمی و عدم قضاوت.
جلسه چهارم	ترغیب آموذنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به‌عنوان شفقت ورز با غیر شفقت ورز با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن شفقت ورز، ارزش شفقت، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران.
جلسه پنجم	آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به‌کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره و برای والدین، دوستان و آشنایان.
جلسه ششم	آموزش مهارت‌های شفقت به شرکت‌کنندگان در حوزه‌های توجه شفقت ورز، استدلال شفقت ورز، رفتار شفقت ورز، تصویرپردازی شفقت ورز، احساس شفقت ورز و ادراک شفقت ورز، ایفای نقش فرد در سه‌بعدی وجودی خود انتقادگر، خود انتقاد شونده و خود شفقت ورز با استفاده از تکنیک صندلی خالی گشتالت، پیدا کردن لحن و تن صدای خود انتقادگر و خود شفقت‌گر درونی هنگام گفت‌وگوی درونی و مشابهت آن با الگوی گفت‌وگوی آدم‌های مهم زندگی مانند پدر و مادر.
جلسه هفتم	پر کردن جدول هفتگی افکار انتقادگر، افکار شفقت ورز و رفتار شفقت ورز. پیدا کردن رنگ، مکان و موسیقی شفقت‌گر که اجزای تصویرپردازی شفقت ورز می‌توانند باشند، کار بر روی ترس از شفقت به خود و موانع پرورش این خصیصه. آموزش تکنیک‌های تصویرپردازی ذهنی شفقت ورز، تنفس تسکین‌بخش ریتمیک، ذهن‌آگاهی و نوشتن نامه شفقت ورز.
جلسه هشتم	جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخ‌گویی به سؤالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسات، اجرای پس‌آزمون.

جدول (۲) میانگین و انحراف معیار عاطفه مثبت و منفی امید و ابعاد آن به تفکیک دو گروه و در سه مرحله پژوهش

متغیر	گروه‌ها	شاخص	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
عاطفه مثبت	آزمایش	میانگین	۱۸/۸۵	۳۳/۹۲	۳۲/۶۷
		انحراف معیار	۲/۵۳	۳/۶۰	۳/۶۵
	کنترل	میانگین	۱۳/۵۸	۱۲/۸۳	۱۳/۹۲
		انحراف معیار	۱/۷۳	۲/۰۳	۱/۹۲
عاطفه منفی	آزمایش	میانگین	۳۳/۷۵	۲۴/۴۲	۲۳/۱۷
		انحراف معیار	۳/۰۱	۲/۹۰	۳/۴۸
	کنترل	میانگین	۲۹/۸۳	۳۰/۹۲	۲۹/۱۷
		انحراف معیار	۳/۰۴	۴/۶۴	۴/۱۳
امید	آزمایش	میانگین	۲۸/۰۸	۳۶/۵۸	۳۴/۴۲
		انحراف معیار	۲/۹۰	۲/۷۴	۲/۷۷
	کنترل	میانگین	۲۹/۳۳	۲۶/۴۲	۲۶/۳۳
		انحراف معیار	۲/۸۰	۶/۰۹	۴/۰۵
تفکر عاملی	آزمایش	میانگین	۹/۰۸	۱۴/۳۳	۱۳/۳۳
		انحراف معیار	۲/۷۵	۰/۷۷	۱/۰۷
	کنترل	میانگین	۱۰/۳۳	۹/۷۵	۹/۴۲
		انحراف معیار	۱/۹۶	۳/۱۳	۰/۹۰
تفکر راهبردی	آزمایش	میانگین	۹/۳۳	۱۲/۵۸	۱۲/۴۲
		انحراف معیار	۱/۴۹	۱/۳۷	۱/۳۱
	کنترل	میانگین	۱۰/۱۷	۹/۵۰	۱۰/۲۵
		انحراف معیار	۲/۰۳	۲/۱۱	۱/۶۰

که نتایج حاکی از نرمال بودن توزیع نمرات عاطفه مثبت و منفی، امید در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری می‌باشد ($P > 0/05$).

همچنین آزمون موچلی به منظور بررسی مفروضه همگنی واریانس‌های متغیرهای عاطفه (مثبت و منفی) و امید به ترتیب، آماره موچلی ($0/75$ و $0/60$) با مجذور خی ($5/95$) و $10/66$) و آزمون لوین ($0/074$ و $0/065$) به دست آمد، بنابراین پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها رعایت شده است ($P > 0/05$).

چنانچه از یافته‌های جدول ۳ مشاهده می‌گردد بین میانگین نمرات عاطفه (مثبت و منفی) و امید (تفکر عاملی و راهبردی) در مرحله قبل و بعد از انجام مداخله درمانی و همچنین در پیگیری یک‌ماهه تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). همچنین تعامل عضویت گروهی در مراحل پژوهش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و در تمامی متغیرهای تحقیق معنی‌دار می‌باشد ($P < 0/05$).

بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش شامل: ۱۱ مرد ($45/8$) درصد و ۱۳ زن ($54/2$) بودند؛ ۴ نفر مجرد ($16/7$) و ۲۰ نفر متأهل ($83/3$)؛ ۹ نفر با مدرک تحصیلی دیپلم ($37/5$)، ۲ نفر کاردانی ($8/3$)، ۱۲ نفر کارشناسی (50) و ۱ نفر نیز دارای مدرک کارشناسی ارشد می‌باشد ($4/2$).

همان‌طور که از جدول ۲، مشاهده می‌گردد میانگین نمرات عاطفه مثبت گروه آزمایشی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشته است ولی میانگین نمرات عاطفه منفی کاهش نشان می‌دهد که این تغییرات در گروه کنترل مشاهده نگردید. همچنین میانگین نمرات امید و ابعاد آن (فکر عاملی و تفکر راهبردی) گروه آزمایشی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش نشان می‌دهد ولی در گروه کنترل چنین تغییراتی وجود نداشت.

برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شده است. قبل از استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون کالموگروف - اسمیرنوف برای بررسی مفروضه نرمال بودن انجام گرفت

جدول ۳) نتایج تحلیل اثرات درون آزمودنی عاطفه (مثبت و منفی)، امید و ابعاد آن

متغیر	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معنی‌داری	حجم اثر	توان آماری
عاطفه مثبت	زمان	۶۲۳/۵۲	۱	۶۲۳/۵۲	۱۴۷/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۸۷۰	۱
	زمان×گروه	۵۶۷/۱۸	۱	۵۶۷/۱۸	۱۳۴/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۸۵۹	۱
عاطفه منفی	زمان	۳۷۹/۶۸	۱	۳۷۹/۶۸	۲۵/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۰/۹۹
	زمان×گروه	۲۹۵/۰۲	۱	۲۹۵/۰۲	۲۰/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۰/۹۹
امید	زمان	۳۳/۳۳	۱	۳۳/۳۳	۴/۴۶	۰/۰۴۶	۰/۱۶۹	۰/۵۲۴
	زمان×گروه	۲۶۱/۳۳	۱	۲۶۱/۳۳	۳۴/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۶۱۴	۱
تفکر عاملی	زمان	۳۳/۳۳	۱	۳۳/۳۳	۱۱/۱۸	۰/۰۰۳	۰/۳۳۷	۰/۸۹۲
	زمان×گروه	۸۰/۰۸	۱	۸۰/۰۸	۲۶/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۵۵۰	۰/۹۹۹
تفکر راهبردی	زمان	۳۰/۰۸	۱	۳۰/۰۸	۱۰/۵۱	۰/۰۰۴	۰/۳۳۳	۰/۸۷۳
	زمان×گروه	۲۷	۱	۲۷	۹/۴۴	۰/۰۰۶	۰/۳۰۰	۰/۸۳۶

جدول ۴) نتایج تحلیل اثرات بین گروهی عاطفه (مثبت و منفی)، امید و ابعاد آن

متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معنی‌داری	حجم اثر	توان آماری
عاطفه مثبت	۴۰۲۰/۰۵	۱	۴۰۲۰/۰۵	۲۸۳/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۹۲۸	۱
عاطفه منفی	۱۴۷/۳۴	۱	۱۴۷/۳۴	۸/۵۷	۰/۰۰۸	۰/۲۸	۰/۷۹
امید	۵۷۸	۱	۵۷۸	۲۳/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۵۱۲	۰/۹۹۶
تفکر عاملی	۱۰۵/۱۲	۱	۱۰۵/۱۲	۲۳/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۵۱۶	۰/۹۹۶
تفکر راهبردی	۳۹/۰۱	۱	۳۹/۰۱	۱۰/۷۴	۰/۰۰۳	۰/۳۲۸	۰/۸۷۹

گروه آزمایش و کنترل از لحاظ آماری معنادار می‌باشد ($P < 0/05$). به بیان دیگر درمان شفقت محور باعث افزایش

بر اساس جدول ۴ میانگین نمرات عاطفه مثبت، عاطفه منفی، امید و ابعاد آن (تفکر عاملی و تفکر راهبردی) در دو

معنادار بود اثر ساده بین گروهی با توجه به سطوح عامل درون گروهی با استفاده از تصحیح بن فرونی مورد بررسی قرار گرفت که در جدول ۵ ارائه شده است.

عاطفه مثبت، امید و ابعاد آن (تفکر عاملی و راهبردی) و همچنین کاهش عاطفه منفی در بیماران مبتلابه اسکروز چندگانه شده است. از آنجایی که اثر تعامل بین عامل درون گروهی زمان اندازه‌گیری و عامل بین گروهی گروه

جدول ۵) آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه متغیرها به صورت زوجی در سری زمانی

متغیر وابسته	مرحله A	مرحله B	اختلاف میانگین A-B	خطای استاندارد	معناداری
عاطفه مثبت	پیش آزمون	پس آزمون	-۷/۹۲	۰/۵۲۷	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۷/۲۰	۰/۵۹۳	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۰۸۳	۰/۵۶۹	۱
عاطفه منفی	پیش آزمون	پس آزمون	۴/۱۲	۱	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۵/۶۲	۱/۱۰	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۱/۵	۰/۶۸۶	۰/۰۷۶
امید	پیش آزمون	پس آزمون	-۲/۷۹	۱/۰۱	۰/۰۳۵
	پس آزمون	پیگیری	-۱/۶۶	۰/۷۸۹	۰/۱۳۹
	پس آزمون	پیگیری	۱/۱۲	۰/۷۳۹	۰/۴۲۷
تفکر عاملی	پیش آزمون	پس آزمون	۲/۳۳	۰/۵۵۹	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۱/۶۶	۰/۴۹۸	۰/۰۰۹
	پس آزمون	پیگیری	۰/۶۶۷	۰/۴۷۰	۰/۵۱۰
تفکر راهبردی	پیش آزمون	پس آزمون	-۱/۲۹	۰/۵۲۰	۰/۰۶۳
	پس آزمون	پیگیری	-۱/۵۸	۰/۴۸۸	۰/۰۱۱
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۲۹۲	۱/۳۲۰	۱

همسو و هماهنگ؛ و همچنین به طور غیرمستقیم با نتایج تحقیقات براهلر و همکاران (۳۶)، صالحی و همکاران (۳۷) و علی قنواتی و همکاران (۳۸)، سایروس و همکاران (۳۹)، پرزیزدزیکی و همکاران (۴۰)، پینتو-گویوا و همکاران (۴۱)، باتیستا و همکاران (۴۲)، هماهنگ می‌باشد.

عاطفه مثبت و منفی در بسیاری از نظریات روانشناسی و آسیب‌شناسی روانی موضوعات بسیار مهمی قلمداد می‌شوند (۴۶). عاطفه مثبت حالتی از انرژی فعال، تمرکز زیاد و اشتغال به کار لذت‌بخش است و همچنین شامل طیف وسیعی از حالات خلقی از جمله شادی، احساس توانمندی، علاقه و اعتماد به نفس می‌شود، در مقابل عاطفه منفی دربرگیرنده حالات خلقی اجتنابی از قبیل خشم، غم، تنفر، حقارت، احساس گناه، ترس و عصبانیت است (۴۷). یکی از جنبه‌های روانشناسی مثبت که محور تحقیقات مهمی در سال‌های اخیر بوده، مفهوم امید می‌باشد. امید با عزت‌نفس، عاطفه مثبت، رضایت از زندگی، میزان درجه‌بندی خود از سلامت‌روان و شادکامی و دین‌داری و خوش‌بینی رابطه مثبت دارد و همچنین با اضطراب، خلق افسرده، عاطفه منفی

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود تفاوت نمرات عاطفه مثبت و منفی در پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری معنادار شده است ($P < ۰/۰۱$) ولی در مرحله پس‌آزمون با پیگیری معنادار نبوده است ($P > ۰/۰۵$). همچنین در متغیر امید و تفکر عاملی نیز تفاوت نمرات در مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون معنادار شده است ($P < ۰/۰۵$) ولی در مرحله پس‌آزمون با پیگیری این مقدار معنی‌دار به دست نیامد. همچنین در مرحله پیش‌آزمون با پیگیری معنادار بوده ($P < ۰/۰۵$) و در دو مرحله دیگر این مقدار از لحاظ آماری تأیید نشده است ($P > ۰/۰۵$).

بحث

نتایج حاکی از آن بود که این روش درمانی به‌طور معناداری باعث کاهش عاطفه منفی و افزایش عاطفه مثبت و امید در بیماران تحت مداخله شده بود. یافته‌های این مطالعه به‌طور مستقیم با یافته‌های سلیمی و همکاران (۲۹)، قطور و همکاران (۳۰)، نری‌هرویت و همکاران (۳۴)، هریسون (۳۵)، افشانی و همکاران (۳۱)، هادیان و جبل عاملی (۳۳) و موسوی و همکاران (۳۲) مبنی بر اثربخش بودن درمان شفقت محور

عواطف خود و این جابه‌جایی منجر به کاهش عاطفه منفی و به دنبال آن افزایش عواطف مثبت و در نتیجه حفظ بهزیستی روانشناختی می‌شود (۵۰). دیگر یافته پژوهش نشان داد که درمان شفقت محور باعث افزایش امید و ابعاد آن (تفکر عاملی و راهبردی) در بیماران اسکروز چندگانه شده است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان شفقت محور با تکنیک تصویرپردازی مشفقانه، سیستم‌های خاص مغزی به‌ویژه سیستم پذیرش و آرامش بخشی را تحریک می‌کند. آموزش ذهن مشفق در فرآیند درمان موجب تنظیم فیزیولوژی شده و تمرین‌هایی که در این درمان به کار می‌رود منجر به بروز احساس انگیزه و افزایش احساس امنیت و اطمینان شده و در نهایت منجر به تعادل در سیستم تهدید می‌شود؛ بنابراین بررسی درباره ماهیت بخش‌های خود و تقویت آن بخش‌هایی که بیماران قادر به تغییر آن هستند هدف درمان می‌باشد (۵۱) که این خود می‌تواند باعث شادکامی، انگیزش و رضایت از زندگی شود (۵۲، ۵۳)؛ بنابراین این بیماران به جای احساس شکست و ناامیدی، انگیزش را در خود پرورش داده که این خود باعث افزایش امید به زندگی و بروز هیجانات مثبت در آنها شده است.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به موارد ذیل اشاره کرد: ۱. به دلیل اینکه برای گروه گواه هیچ مداخله‌ای یا درمان جایگزین تشکیل نشد بنابراین ممکن است که مکانیسم‌های فعال مرتبط با تجربه گروه (مانند پذیرش توسط گروه، حس اشتراک) و نیز مربوط به درمانگر (نظیر همدلی)، از عوامل مداخله‌گر در تحقیق بوده باشد و بر روی پاسخ‌دهی افراد تأثیر گذاشته باشد، بنابراین باید نقش این عوامل کنترل شود، ۲. در نظر نگرفتن بحران‌ها و سایر مشکلات بیماران از جمله عوامل اقتصادی، به‌طور مثال هزینه‌های تأمین دارو و معالجه بوده است، ۳. در تحلیل‌های این پژوهش نقش متغیرهایی مانند نوع بیماری ام.اس، نوع داروهای مصرفی، تعداد عودها، شدت درد و به‌طور کلی وضعیت ناتوانی بررسی نگردیده است.

پیشنهاد می‌شود، اثربخشی درمان شفقت محور در بیماران ام.اس با سایر رویکردهای روان‌درمانی به‌طور مثال رفتار درمانی شناختی مقایسه شود؛ با توجه به محدودیت زمانی دوره‌های پیگیری سه و شش‌ماهه انجام شود؛ در مورد بیمارانی که مشکلات جسمی بیشتری دارند و امکان حضور

و ناامیدی همبستگی منفی دارد (۴۸). درمان شفقت محور از چهار مؤلفه اصلی تشکیل می‌شود ۱. آگاهی از رنج (آگاهی شناختی / همدلانه)، ۲. نگرانی توأم با همدردی در مورد تأثیر هیجانی رنج (مؤلفه عاطفی)، ۳. آرزوی تسکین رنج (قصد و هدف) و پاسخ‌گویی یا آمادگی برای کمک به تسکین رنج (هیجانی)، (۲۴). هدف از درمان شفقت محور تلاش برای پرورش ذهن به‌گونه‌ای است که نسبت به احساس‌ها، افکار و نیازهای خود و دیگران حساس باشد. پس در خود شفقتی شخص یاد می‌گیرد به افکار و هیجان‌های خود همان‌طور که هستند توجه کند (۲۵). یکی از مهارت‌ها در درمان شفقت محور، تصویر ذهنی مشفقانه می‌باشد که در آن تکنیک‌هایی کسب می‌شود که به مراجع کمک می‌کند تا احساس‌های مشفقانه را در خود ایجاد نماید. مهارت دیگر توجه به حس‌های بدنی می‌باشد که افراد یاد می‌گیرند در طول جلسات درمانی به این حس‌ها به‌عنوان اجزایی از احساس کلی شفقت و مهربانی و هم در تجربه شفقت نسبت به خود و هم در تجربه شفقت از سوی دیگران به وجود می‌آید و در سرتاسر تمرین‌های شفقت نیز به مراجع کمک می‌شود تا با حس‌های بدنی با ملاحظت و مهربانی رفتار کند (۲۵).

نتایج پژوهش نشان داد که درمان شفقت محور باعث افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی در بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه می‌شود. در تبیین این نتایج تحقیق می‌توان گفت بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه در طول فرآیند جلسات درمانی با تمرین تصویرسازی و توجه به حس‌های بدنی از جمله علائم حسی حرکتی خود با مهربانی و ملاحظت بیشتر با آنها برخورد کرده که این خود باعث فعال شدن سیستم آرامش شده و عواطف مثبت را در پی داشته و در نتیجه از عواطف منفی کاسته شده و همچنین با رفتار و توجه شفقت‌آمیز باعث تحمل پریشانی و همدردی با علائم بیماری خود شده که این می‌تواند باعث شفقت نسبت به رنج‌ها، سختی‌ها و تجربیات گذشته شود (۴۹)؛ بنابراین آگاهی و حساسیت بیماران اسکروز چندگانه نسبت به عواطف منفی در روان‌رنجوری‌ها، استرس و افسردگی بدون اینکه در دام سرزنش و قضاوت و شرم بیافتند و با همدلی کردن با خود و انگیزه التیام بخشیدن به رنج خود باعث می‌شوند تا با جابه‌جایی عواطف و احساسات موفق به کنترل

10. Paparrigopoulos T, Ferentinos P, Kouzoupis A, Koutsis G, Papadimitriou GN. The neuropsychiatry of multiple sclerosis: focus on disorders of mood, affect and behaviour. *International review of psychiatry*. 2010; 22(1): 14-21.

11. Hart SL, Vella L, Mohr DC. Relationships among depressive symptoms, benefit-finding, optimism, and positive affect in multiple sclerosis patients after psychotherapy for depression. *Health psychology*. 2008; 27(2): 230.

12. Ong AD, Kim S, Young S, Steptoe A. Positive affect and sleep: A systematic review. *Sleep medicine reviews*. 2017; 35: 21-32.

13. Pressman SD, Jenkins BN, Moskowitz JT. Positive affect and health: What do we know and where next should we go? *Annual Review of Psychology*. 2019.

14. Merz EL, Roesch SC. Erratum to "Modeling trait and state variation using multilevel factor analysis with PANAS daily diary data" [J. Res. Pers. 45 (2011) 2-9]. *Journal of Research in Personality*. 2011; 45(2): 257.

15. Agha-Bagheri H, Mohammad -Khani P, Emrani S, Farahmand V. The Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy Group on the Increase of Subjective Well-Being and Hope in Patients with Multiple Sclerosis. *Journal of Clinical Psychology*. 2012; 4(1): 23-31. [Persian]

16. Kerling A, Keweloh K, Tegtbur U, Kück M, Grams L, Horstmann H, et al. Effects of a short physical exercise intervention on patients with multiple sclerosis (MS). *International journal of molecular sciences*. 2015; 16(7): 15761-75.

17. Abedini E, Ghanbari-Hashem-Abadi, B.A, Talebian-Sharif, J. Effectiveness of Group Therapy Based on Hope Approach on Hope and Depression in Women with Multiple Sclerosis. *Journal of Clinical Psychology*. 2016; 8(2):1-11. [Persian]

18. Meri F, Ghodsi P. The Relationship between Lifestyle and Life Expectancy with Psychological Well-Being of Patients with Multiple Sclerosis. *Depiction of Health*. 2018; 8(4): 202-8.

19. Abedini E, Ghanbari Hashem Abadi B, Talebian Sharif J, Karimi Torshizi S. Effectiveness of Hope-based Group Therapy on the Quality of Life in Women With Multiple Sclerosis. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2016; 7(3): 623-36. [Persian]

20. Rajabi S, Yazdkhasti F. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Anxiety and Depression in Women with MS Who Were Referred to the MS Association. *Journal of Clinical Psychology*. 2014; 6(1): 29-38. [Persian]

21. Rahimi S, Borjali A, Sohrabi F. Effectiveness of Positive Psychology Interventions on Resiliency of Female Patients with Multiple Sclerosis. *Positive Psychology*. 2015; 1(3): 1-10. [Persian]

22. Rigikouteh B, Yazdkhasti F, Etemadifar M. The effectiveness of Dohsa-hou psychological

در جلسات برای آنها مقدور نیست پیشنهاد می‌شود درمان به صورت انفرادی برای این بیماران انجام پذیرد؛ توصیه می‌شود اختلالات بالینی نظیر افسردگی، اضطراب و وسواس در این بیماران با استفاده از رویکرد شفقت محور مورد بررسی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی: از کلیه همکاران کلینیک مغز و اعصاب جناب آقای دکتر نجفی و مرکز مشاوره روانشناختی رها که پژوهشگران را در انجام این پژوهش یاری فرمودند، کمال تقدیر و تشکر می‌شود. هیچ‌گونه تضاد منافی در این پژوهش برای نویسندگان وجود ندارد.

منابع

1. Filippi M, Brück W, Chard D, Fazekas F, Geurts JGG, Enzinger C, et al. Association between pathological and MRI findings in multiple sclerosis. *The Lancet Neurology*. 2019; 18(2): 198-210.

2. Hempel S, Graham GD, Fu N, Estrada E, Chen AY, Miake-Lye I, et al. A systematic review of modifiable risk factors in the progression of multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*. 2017; 23(4): 525-33.

3. Dehghani R, Yunesian M, Sahraian MA, Gilasi HR, Moghaddam VK. The evaluation of multiple sclerosis dispersal in Iran and its association with urbanization, life style and industry. *Iranian journal of public health*. 2015; 44(6): 830. [Persian]

4. Stenager E. A global perspective on the burden of multiple sclerosis. *The Lancet Neurology*. 2019.

5. Etemadifar M, Sajjadi S, Nasr Z, Firoozeei TS, Abtahi S-H, Akbari M, et al. Epidemiology of multiple sclerosis in Iran: a systematic review. *European neurology*. 2013; 70(5-6): 356-63.

6. Moahmmad Pour K, Kafie SM, Hatamiyan HR, Rezaei S, Nezhad Mh. Comparison of Psychological Symptoms and Personality Characteristics between Patients with Multiple Sclerosis and Normal Matched People. *Jundishapur Scientific Medical Journal*. 2014; 13(3): 301-14. [Persian]

7. Jahanbakhshian N, zahrakar k, davarniya r. A Study on the Effectiveness of Caregivers' Group Supportive-Training Intervention on the Mental Health of MS Patients. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2016; 23(144): 19-29. [Persian]

8. Christodoulou C, Melville P, Scherl WF, Macallister WS, Abensur RL, Troxell RM, et al. Negative affect predicts subsequent cognitive change in multiple sclerosis. *Journal of the International Neuropsychological Society*. 2009; 15(1): 53-61.

9. Calandri E, Graziano F, Borghi M, Bonino S. Depression, positive and negative affect, optimism and health-related quality of life in recently diagnosed multiple sclerosis patients: The role of identity, sense of coherence, and self-efficacy. *Journal of Happiness Studies*. 2018; 19(1): 277-95.

36. Braehler C, Gumley A, Harper J, Wallace S, Norrie J, Gilbert P. Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: Results of a feasibility randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*. 2013; 52(2): 199-214.
37. Salehi S, sajjadian i. The Relation between Self-compassion with Intensity, Catastrophizig, and Self-efficacy of Pain and affect in Women with Musculoskeletal Pain. *Anesthesiology and Pain*. 2018; 8(4): 72-83. [Persian]
38. Alighanavati S, Bahrami F, Goudarzi K, Rrouzbahani M. Effectiveness of compassion-based therapy on Quality of Life and Happiness of women with breast cancer in Ahvaz city. *2 Journal of Nursing Education*. 2018; 7(2): 53-61. [Persian]
39. Sirosis FM, Molnar DS, Hirsch JK. Self-compassion, stress, and coping in the context of chronic illness. *Self and Identity*. 2015; 14(3): 334-47.
40. Przedziecki A, Sherman KA, Baillie A, Taylor A, Foley E, Stalgis-Bilinski K. My changed body: breast cancer, body image, distress and self-compassion. *Psycho-oncology*. 2013; 22(8): 1872-9.
41. Pinto-Gouveia J, Duarte C, Matos M, Fráguas S. The protective role of self-compassion in relation to psychopathology symptoms and quality of life in chronic and in cancer patients. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2014; 21(4): 311-23.
42. Batista R, Cunha M, Galhardo A, Couto M, Massano-Cardoso I. Psychological adjustment to lung cancer: the role of self-compassion and social support. *European Psychiatry*. 2015; 30: 1511.
43. Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of personality and social psychology*. 1988; 54(6): 1063.
44. Ghafari z, Zargar Y, Mardani M. Examine the relation of simple and multiple alexithymia, negative affect trauma and personality disorder with somatization symptom in nurses of Ahvaz hospitals. *journal of ilam university of medical sciences*. 2015; 23(3): 26-35. [Persian]
45. Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon ST, et al. The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of personality and social psychology*. 1991; 60(4): 570.
46. Allan NP, Lonigan CJ, Phillips BM. Examining the factor structure and structural invariance of the PANAS across children, adolescents, and young adults. *Journal of personality assessment*. 2015; 97(6): 616-25.
47. Soltanizadeh M, Malekpour M, Neshatdoost HR. The Relationship between Positive and Negative Affection and Student's Life Satisfaction in University of Isfahan. *Clinical Psychology and Personality*. 2013; 10(2): 53-64. [Persian]
- rehabilitation program on severity of fatigue, depression, anxiety, stress and improve the quality of life in subjects with Multiple Sclerosis (MS). 2013. 2013: 14. [Persian]
23. Hamid n, Mehrabi Zadeh Honarmand M, Sadeghi S. The Effect of Stress Inoculation Training (SIT) on Depression and Quality of Life in Multiple Sclerosis (MS) Patients with Control of Duration of Disease in Esfahan City. *Jundishapur Scientific Medical Journal*. 2012; 11(1): 77-84. [Persian]
24. Gilbert P. An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2010; 3(2): 97-112.
25. Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*. 2009; 15(3): 199.
26. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*. 2014; 53(1): 6-41.
27. Leaviss J, Uttley L. Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological medicine*. 2015; 45(5): 927-45.
28. Ashworth F, Gracey F, Gilbert P. Compassion focused therapy after traumatic brain injury: Theoretical foundations and a case illustration. *Brain Impairment*. 2011; 12(2): 128-39.
29. Salimi A, Arsalandeh F, Zaharakar K, Davarniya R, Shakarami M. The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Mental Health of Women with Multiple Sclerosis. *Quarterly of Horizon of Medical Sciences*. 2018; 24(2): 125-31. [Persian]
30. Ghator Z, Pouryahya S, Davarniya R, Salimi A, Shakarami M. The Effect of Compassion-Focused Therapy (CFT) on Resiliency of Women with Multiple Sclerosis (MS). *Armaghane danesh*. 2018; 23(3): 350-63. [Persian]
31. Afshani SA, Abooei A, Abdoli AM. Self-compassion training and psychological well-being of infertile female. *International Journal of Reproductive BioMedicine*. 2019; 17(10): 757.
32. Mousavi S, Khajevand Khoshli A, Asadi J, Abdollahzadeh H. Effectiveness of compassion-focused therapy (CFT) on subjective well-being in women with systemic lupus erythematosus (SLE). *Nurse and Physician within War*. 2020; 7(25): 57-68. [Persian]
33. Hadian S, Jabalameli S. The effectiveness of compassion-focused therapy (CFT) on subjective well-being of students with sleep disorders. *Medical Scholar*. 2020; 27(1): 19-28. [Persian]
34. Nery-Hurwit M, Yun J, Ebbeck V. Examining the roles of self-compassion and resilience on health-related quality of life for individuals with Multiple Sclerosis. *Disability and Health Journal*. 2018; 11(2): 256-61.
35. Harrison E. Teaching compassion: multiple sclerosis and the poetry of Molly Holden. *Nurse Educator*. 2006; 31(3): 103-6.

48. Abdullah MFIL, Hami R, Appalanaido GK, Azman N, Shariff NM, Sharif SSM. Validation of the Malay version of the Snyder Hope Scale among Malaysian cancer patients. *Jurnal Sains Kesihatan Malaysia (Malaysian Journal of Health Sciences)*. 2018; 16(1).
49. Ranjbar Z, Noori HR. *Theoretical basics and principles of compassion-focused therapy*. Tehran. Iran: Nahr; 2016. 200 p.
50. Neff KD. The self-compassion scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. *Mindfulness*. 2016; 7(1): 264-74.
51. Cheng FK. *Compassion focused therapy: the CBT distinctive features series*. Taylor & Francis; 2014.
52. Neff KD, Kirkpatrick KL, Rude SS. Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of research in personality*. 2007; 41(1): 139-54.
53. Neely ME, Schallert DL, Mohammed SS, Roberts RM, Chen Y-J. Self-kindness when facing stress: The role of self-compassion, goal regulation, and support in college students' well-being. *Motivation and Emotion*. 2009; 33(1): 88-97.